

A SAÚDE NO ESTADO NOVO UMA VISÃO CORPORATIVA



Direitos Reservados

ANA PAULA GATO*

INTRODUÇÃO

QUANDO EM 1929 José Alberto de Faria foi nomeado director-geral de Saúde os funcionários públicos pagavam um Imposto de Salvação Nacional, criado por Salazar em 1928, para fazer face à difícil situação económica do país. O diretor geral viu-se confrontado com um orçamento 40 por cento abaixo do concedido no ano anterior, para os serviços públicos de saúde, já cronicamente depauperados e exíguos. E os serviços de saúde públicos eram efetivamente muito escassos, alguns dispensários materno-infantis, de profilaxia antivenérea ou de assistência aos tuberculosos; as delegações de saúde, os médicos municipais, os Hospitais Cívis de Lisboa, o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, e os hospitais escolares de Lisboa (na altura os Hospitais Cívis) e Coimbra. Os restantes serviços pertenciam a Misericórdias e a outras entidades privadas, nomeadamente os dispensários da Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT).

Entre 1931-1935 o número anual médio de mortes em crianças até ao primeiro ano de vida era de 146 em cada mil, ultrapassando os valores do quinquénio 1916-1920 em que a taxa de mortalidade infantil se situou num número médio de 137 em cada mil, apesar da pneumónica de 1918. Estes valores duplicavam os valores de mortalidade infantil de alguns países europeus no mesmo período, nomeadamente os da Holanda e Noruega. As doenças que constituíam as principais causas de mortalidade em todas as

idades eram as diarreias e enterites, logo seguidas pela tuberculose, patologias intimamente ligadas à má nutrição e deficientes condições de vida, que exigiam cuidados de saúde apropriados. Para a elevada taxa de mortalidade infantil concorria a pobreza das famílias, assim como a deficiente cobertura dos serviços de saúde.

A solução encontrada para responder a estes problemas foi preconizada na Constituição de 1933 que previa e legitimava um Estado corporativo, que se idealizava pautado pela solidariedade entre as diferentes classes sociais. Segundo a Constituição cabia ao Estado um papel supletivo no campo assistencial, nomeadamente na saúde, devendo promover e favorecer “as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade”. Ao Estado não caberia fazer o que a sociedade deveria fazer, com certeza melhor e com mais qualidade e dedicação pois que se considerava que as soluções públicas não tinham “alma” e resultavam “mecanizadas”, despidas portanto da compaixão que se considerava apanágio das instituições privadas de assistência, embora os profissionais de saúde levasse a que fossem os mesmos em tempo de acentuada escassez.

Assim sendo o corporativismo foi a forma encontrada pelo Estado Novo de “fazer justiça social”. Os ideais corporativistas do Estado Novo previam a subordinação “solidária” dos indivíduos ao bem comum, com base na ideia de uma liberdade controlada. Desta conceção corporativista resultou a extinção dos sindica-

tos livres e a criação obrigatória de sindicatos, grêmios, federações ou uniões que tinham de ser oficialmente reconhecidos, e ideologicamente aprovados, e também a obrigatoriedade de inscrição nessas corporações para efeitos assistenciais. As corporações tinham como objetivo conjugar os interesses patronais e as dos seus empregados, na ânsia da “paz social” que o Estado Novo propagandeava, construindo múltiplas formas de assistência adaptadas às realidades e possibilidades locais que, por isso mesmo, acentuaram desigualdades.

Poderemos dizer que o corporativismo, contribuiu para a dispersão e implantação no terreno de múltiplas formas de assistência na saúde. As Casas do Povo, as Casas dos Pescadores e Caixas de Previdência assumiram a responsabilidade por cuidados de saúde de proximidade, mas não tinham caráter universal, antes uma população alvo específica. Estas instituições funcionaram com base no seguro obrigatório, que apenas dava a cada um o que podia ter em função do dinheiro que cada grupo de trabalhadores, ou sindicato, conseguia pagar para a sua assistência.

CASAS DO POVO

As Casas do Povo, criadas pelo decreto-lei 23051 em 1933, tinham como público-alvo os trabalhadores rurais e como área geográfica ideal para a sua intervenção a freguesia, embora existissem concelhos rurais com apenas uma Casa do Povo. Além do exercício da previdência e assistência, tinham como fins a proteção na doença, no desemprego e na invalidez

e a elevação do nível cultural, através da defesa da moral e da instrução e educação do povo. Inicialmente de iniciativa local, a sua criação podia ser assumida também pelo Estado, sendo a inscrição tornada obrigatória para os trabalhadores rurais em agosto de 1940. No campo da saúde as Casas do Povo foram criando, conforme as possibilidades locais, postos clínicos. Só poderiam ser recrutados funcionários cujas remunerações pudessem ser suportadas pelas receitas próprias das Casas do Povo, ou seja, essencialmente pelas quotas dos seus associados. Muitas delas não tinham sequer verba suficiente para contratar médico e/ou enfermeiro, como é relatado, em 1964, pela Federação das Casas do Povo de Évora que refere a impossibilidade de alguns associados, com Casa do Povo na sua freguesia, não serem assistidos no seu posto médico por não disporem de fundos para o clínico ali se deslocar. No mesmo relatório se informava que através do fundo comum criado no distrito se tinha conseguido pagar a deslocação do médico uma vez por semana e pagar a uma curiosa para exercer enfermagem em algumas Casas do Povo. Apenas nas freguesias onde os trabalhadores eram mais abastados, se conseguiram criar serviços de saúde que respondessem às necessidades das populações, em termos de cuidados não hospitalares. Por outro lado, a escassez de profissionais de saúde levava a que, com bastante frequência, num mesmo concelho o médico municipal fosse o médico da Casa do Povo, da Misericórdia e ainda fizesse clínica privada. A muitos dos trabalhadores rurais e pequenos

proprietários de freguesias onde não existia Casa do Povo não era permitido recorrer a outras, mesmo dentro do mesmo concelho, o que prefigurava desigualdades no acesso, nomeadamente, em freguesias mais pobres ou mais desertificadas do interior.

Eram muitas vezes os órgãos dirigentes das Federações Distritais das Casas do Povo, conscientes das desigualdades, a solicitar ao Ministério das Corporações e Previdência Social o “alargamento” geográfico da zona de intervenção das Casas do Povo de forma a assegurar uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde. As desigualdades existentes entre os habitantes das freguesias e concelhos rurais mais pobres e os mais prósperos eram flagrantes. Enquanto uns, através das quotas dos seus associados, porque mais numerosos, mais endinheirados ou mais generosos, conseguiam criar mais serviços, comprar equipamentos, manter uma atividade contínua, outros, nem sequer conseguiam satisfazer as necessidades mais prioritárias dos seus associados.

CAIXAS SINDICAIS DE PREVIDÊNCIA

As Caixas Sindicais de Previdência foram fundadas em março de 1935 e regulamentadas em outubro desse mesmo ano. Tinha como propósitos proteger os trabalhadores contra a doença, invalidez e desemprego, assegurando-lhes também uma pensão de reforma. Consideradas o “tipo mais perfeito e mais completo das instituições de previdência de base corporativa”, resultaram de contratos coletivos de trabalho que incluíam os termos de contribui-

O OBJETIVO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA ERA AFASTAR “A UTOPIA SOCIALISTA DO ESTADO-PROVIDÊNCIA” E CONSTRUIR UMA SOLUÇÃO ASSISTENCIAL EM CONFORMIDADE COM AS “REALIDADES DA VIDA”, O ESTADO NOVO FAZIA QUESTÃO DE ACENTUAR A SUA “DIFERENÇA” IDEOLÓGICA E A CRÍTICA AO ESTADO-PROVIDÊNCIA.

ção para a previdência, abrangendo obrigatoriamente patrões e empregados e dependiam exclusivamente da existência do Sindicato e das empresas e profissões que este representava. O objetivo das Caixas de Previdência era afastar “a utopia socialista do Estado-Providência” e construir uma solução assistencial em conformidade com as “realidades da vida”, o Estado Novo fazia questão de acentuar a sua “diferença” ideológica e a crítica ao Estado-Providência. Na origem deste projeto estava a necessidade de criar soluções parcelares de assistência adaptadas às realidades dos diferen-



Direitos Reservados

tes grupos da população, com nítidos objetivos políticos e sociais, nomeadamente o da manutenção do status quo social, dando aos pobres o mínimo através dos serviços públicos, numa lógica não muito diferente do utilitarismo inglês do século XIX. Estava fora de questão o acesso aos cuidados de saúde como um direito. Reproduzia-se nos serviços de saúde a própria situ-

ação social dos seus utilizadores. Isso mesmo acontecia com as diferenças entre os recursos das próprias Caixas de Previdência dos diferentes sindicatos, visto que o tipo de cuidados de saúde e regalias dependiam precisamente da situação económica das empresas e empregados. A criação da Federação das Caixas de Previdência em 1946 funcionou como um projeto aglu-

tinador: no final da década de 1950, os serviços de saúde da Federação das Caixas de Previdência abrangiam 10,7 por cento da população portuguesa continental. Os serviços de saúde estavam essencialmente vocacionados para tratar a doença, desde a assistência ao parto, consultas de especialidade, cuidados dentários e exames complementares de diagnóstico, que dificilmente eram proporcionados em regime ambulatorio por outros serviços de saúde. No entanto, não existia uma prestação de cuidados de saúde integrada, visto que não contemplava, na maioria dos casos, serviços de promoção e vigilância dos grupos de risco como crianças, grávidas, pessoas com tuberculose, serviços de vacinação e outros, limitando-se apenas a dar resposta às situações de doença, neste caso o parto era considerado doença. Isto significava que, em termos de cuidados de vigilância da saúde infantil e de vacinação, os seus beneficiários continuavam a recorrer aos serviços públicos. O desajustamento entre o que era previsto como cuidados de qualidade e a prática clínica nas caixas levava a que os próprios médicos fizessem duras críticas. Bissaya Barreto referia-nos seguintes termos: “É opinião unânime que a atual Medicina, exercida nas Caixas de Previdência é uma Medicina inferior. Que contributo tem dado à medicina portuguesa o movimento dos serviços médicos das caixas? Nem resultado diferente se poderia obter sabendo-se da frequência habitual das consultas e do regime de trabalho ali usado; assim, à consulta de psiquiatria apresentam-se por vezes vinte primeiras consultas para serem dadas em duas horas! Evidentemente tudo isto é uma

AS CAIXAS SINDICAIS DE PREVIDÊNCIA FORAM FUNDADAS EM MARÇO DE 1935 E REGULAMENTADAS EM OUTUBRO DESSE MESMO ANO. TINHAM COMO PROPÓSITO PROTEGER OS TRABALHADORES CONTRA A DOENÇA, INVALIDEZ E DESEMPREGO, ASSEGURANDO-LHES TAMBÉM UMA PENSÃO DE REFORMA.

fraude. (...) O médico não pode ver no seu trabalho um frete de que deve desembaraçar-se com o menor esforço e o mais rapidamente possível”.

Na verdade, as Caixas proporcionavam aos médicos proventos, mas não desenvolvimento profissional ou espaço para uma prática clínica de qualidade, situação que se agravava no caso dos enfermeiros, quer por falta de formação, quer por impossibilidade de atualização e escassez de recursos. O poder detido pelos Serviços Médico-Sociais, quer em termos de recursos, quer de número de beneficiários, ultrapassava o de qualquer outro organismo corporativo no início da década de 1970.

Perfilavam-se nessa altura tempos de mudanças, discutiam-se formas de articulação e celebravam-se protocolos que prefiguravam uma conjugação de esforços no sentido de melhor coordenar os serviços de saúde em Portugal. Várias tentativas de integração dos serviços das Caixas de Previdência com os serviços públicos iriam ser feitas a partir de 1971, mas o processo, não seria fácil. Isso só veio de facto a acontecer em 1983.

CASAS DOS PESCADORES

As Casas dos Pescadores, criadas em 1937, pela lei 1953, de 11 de março, e regulamentadas pelo Decreto n.º 27978, de 20 de agosto do mesmo ano, foram as últimas a integrar o sistema corporativo. A preocupação e prudência com que foi feita a integração dos pescadores nos mecanismos corporativos, através das Casas dos Pescadores, retratam bem a dificuldade de aceitação que estas tiveram. Considerava o Estado Novo que os pescadores eram “uma comunidade de homens teimosamente alheia ou avessa aos mais rudimentares princípios e benefícios da organização”. Essa resistência à organização corporativa justifica-se pela existência de solidariedades já organizadas e culturalmente arraigadas nos pescadores. O Estado Novo tornou obrigatória a inscrição nestas instituições, extinguindo as antigas associações e sindicatos. As contribuições obrigatórias, dividiam-se entre as dos sócios efetivos, os pescadores que eram os beneficiários, e as dos sócios benfeitores, o patronato. Instituições hegemónicas, nas localidades piscatórias onde estavam

inseridas, em termos de assistência e previdência, as Casas dos Pescadores podiam desenvolver atividades de representação profissional e de previdência e assistência (como cuidados de saúde, pensões de reforma e invalidez, empréstimos e seguros de acidentes de trabalho). A estas juntavam-se as culturais, desportivas e recreativas, de educação e instrução, de formação profissional, de controlo de qualidade e venda do pescado e de construção de habitação social. A gestão das Casas dos Pescadores era exercida pelo capitão do porto respetivo, ou seja, por um membro da Marinha. Liderada por Henrique Tenreiro a Junta Central das Casas dos Pescadores empenhou-se em assegurar cuidados de saúde através de postos de puericultura, postos médicos para adultos, visita domiciliária, maternidades (em 1953 existiam maternidades na Costa da Caparica, Espinho, Sines, Matosinhos, Olhão e Póvoa do Varzim) e lactários. A assistência incluía desde a existência de escolas próprias, infantários, bairros, serviços de saúde a apertados inquéritos e assistência domiciliária que tinham também como objetivos conduzir ao casamento, ao batismo e à catequização sobre os benefícios da ação do Estado Novo. Como salienta Álvaro Garrido, o comandante Henrique Tenreiro, à frente da Junta Central, comandando os seus capitães de portos, tornou-se o maior obreiro de uma estrutura assistencial que, em poucos anos, se tornou o maior apoio social e de controlo dos pescadores. Em 1958, eram já 81 os postos médicos destas instituições. Detinham ainda seis maternidades, 38 postos de puericultura, nove farmácias pri-



Casa dos Pescadores da Nazaré

Direitos Reservados

vativas e um Hospital em Olhão. Alguns dos cuidados de saúde, nomeadamente na área da psiquiatria ou de qualquer outra especialidade que não fizesse parte do pacote de benefícios cobertos por estas associações, tinham de ser assumidos pelo Estado, através dos municípios (internamentos) e das escassas instituições públicas. Estavam excluídos dessa assistência os que não eram considerados verdadeiros pescadores, os designados “pseudo-pescadores”, sem portos de pesca e sem abrigo, que viviam em palhotas ou barracas. Incluídos neste campo estavam os pescadores por conta própria (ou pescadores livres), os apanhadores de crustáceos, os sargaceiros, os pescadores fluviais e os das artes de xávega que resistiam à modificação do seu modo de vida e que não tinham direito de usufruir das mesmas regalias. Como a todos os potenciais utentes do sistema, ao pescador não chegava ser pobre, tinha de ser modesto, limpo, religioso e disciplinado. O Estado Novo diferenciava, claramente, os bons e obedientes dos “livres”. A instituição acentuava as desigualdades e comprometia, assim, o acesso a cuidados de saúde de certos grupos, tal como todas as outras organizações corporativas.

Ao contrário dos serviços públicos, sob administração do Ministério da Saúde, os serviços de saúde das organizações corporativas continuaram a existir sob a tutela do Ministério das Corporações e Previdência Social, até 1974. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, os serviços de saúde foram nele integrados, embora com relutância por parte dos seus dirigentes, sendo as organizações corporativas

O ESTADO NOVO DIFERENCIAVA, CLARAMENTE, OS BONS E OBEDIENTES DOS “LIVRES”. A INSTITUIÇÃO ACENTUAVA AS DESIGUALDADES E COMPROMETIA, ASSIM, O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DE CERTOS GRUPOS, TAL COMO TODAS AS OUTRAS ORGANIZAÇÕES CORPORATIVAS.

mais tardiamente integradas no SNS as Caixas de Previdência.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Poderemos dizer em jeito de conclusão que a organização corporativa do Estado Novo dispersou recursos de saúde, conviveu com serviços públicos e privados, favoreceu as desigualdades e não cobriu as necessidades dos mais pobres. De facto, as Camaras Municipais detinham responsabilidades na saúde, assumindo o encargo pelo pagamento das despesas do tratamento médico das prostitutas e do internamento de



Sanatório do Caramulo

doentes pobres nos hospitais públicos, a criação de partidos médicos e seu pagamento, assim como de alguns hospitais, dispensários, laboratórios e sanatórios, obra que desempenharam com dificuldades e cujas queixas dos serviços e falta de verbas era expressas em relatórios, em debates na Assembleia Nacional e em queixas constantes dos profissionais de saúde. As dificuldades de relacionamento com os serviços públicos e com as Misericórdias foram uma realidade, com duplicação de serviços e escasso recursos, acompanhados pela luta pelo poder de cuidar entre as várias instituições, contri-

buindo nomeadamente para o insucesso dos primeiros centros de saúde criados em 1934. Seria preciso esperar pela criação do Serviço Nacional de Saúde para que o direito à saúde fosse para todos.

*Enfermeira